

Información General Continua	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Usted o cualquier miembro de la casa a sida desalojado del alojamiento federal durante los últimos cinco años? Si sí, por favor explique:
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Usted o cualquier miembro de la casa a sida detenido durante los últimos cinco años por un crimen y o drogas? Si sí, por favor explique:
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	¿Tiene usted a animales domésticos? ¿Sí sí, cuántos y que clase?
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Algún miembro de casa solicita un alojamiento razonable debido a una invalidez? Si usted marco que sí, por favor completa una forma de "Alojamiento Razonable".

COMPOSICION FAMILAR

ADULTOS: Lista a todas los miembros de la edad de 18 años o mayor que estará viviendo en el hogar cuando recibes asistencia.

NOMBRE	RELACIÓN DEL APLICANTE	SEGURO SOCIAL	SEXO	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO	COMPREUEBE LA CAJA APPROPRIADA	USO DE OFICINA
1.	Principal De Casa					<input type="checkbox"/> discapacitado <input type="checkbox"/> ciudadano de Estados Unidos <input type="checkbox"/> estudiante de tiempo completo	<input type="checkbox"/> BC <input type="checkbox"/> SS <input type="checkbox"/> ID
2.						<input type="checkbox"/> discapacitado <input type="checkbox"/> ciudadano de Estados Unidos <input type="checkbox"/> estudiante de tiempo completo	<input type="checkbox"/> BC <input type="checkbox"/> SS <input type="checkbox"/> ID
3.						<input type="checkbox"/> discapacitado <input type="checkbox"/> ciudadano de Estados Unidos <input type="checkbox"/> estudiante de tiempo completo	<input type="checkbox"/> BC <input type="checkbox"/> SS <input type="checkbox"/> ID
4.						<input type="checkbox"/> discapacitado <input type="checkbox"/> ciudadano de Estados Unidos <input type="checkbox"/> estudiante de tiempo completo	<input type="checkbox"/> BC <input type="checkbox"/> SS <input type="checkbox"/> ID

niños: Lista a todos los niños menores de 17 años que estarán viviendo en el hogar cuando recibes asistencia. Asegúrese de llenar completamente toda la información de los padres. Si usted no tiene toda la información solicitado, usted debe someterse una declaración notariada que certifica bajo pena de perjurio que usted no sabe la información solicitada. **El no someter esta información podría resultar en que su aplicación sea regresada a usted.**

NOMBRE COMPLETO	RELACIÓN	SEGURO SOCIAL	SEXO	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO	COMPREUEBE LA CAJA APPROPRIADA	OFICINA
5.						<input type="checkbox"/> discapacitado <input type="checkbox"/> niño foster <input type="checkbox"/> custodia legal <input type="checkbox"/> ciudadano de Estados Unidos	<input type="checkbox"/> BC <input type="checkbox"/> SS <input type="checkbox"/> ID
El Nombre de la Madre		Seguro social de la madre		El nombre del padre		seguro social del padre	
Fecha de nacimiento de la madre		dirección		Fecha de nacimiento para el padre		dirección	
NOMBRE COMPLETO	RELACIÓN	SEGURO SOCIAL	SEXO	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO	COMPREUEBE LA CAJA APPROPRIADA	OFICINA
6.						<input type="checkbox"/> discapacitado <input type="checkbox"/> niño foster <input type="checkbox"/> custodia legal <input type="checkbox"/> ciudadano de Estados Unidos	<input type="checkbox"/> BC <input type="checkbox"/> SS <input type="checkbox"/> ID

6. Continua							
Nombre de Madre Seguro Social			Nombre de Padre Seguro Social				
Fecha de nacimiento dirección			fecha de nacimiento para el padre dirección				
NOMBRE COMPLETO	RELACIÓN	SEGURO SOCIAL	SEXO	EDAD	FECHA DE NACIMENNTO	COMPREUEBE LA CAJA APPROPRIADA	OFICINA
7.						<input type="checkbox"/> discapacitado <input type="checkbox"/> niño foster <input type="checkbox"/> custodia legal <input type="checkbox"/> ciudadano de Estados Unidos	<input type="checkbox"/> BC <input type="checkbox"/> SS <input type="checkbox"/> ID
Nombre de la madre seguro social			Nombre de padre seguro social				
Fecha de nacimiento dirección			Fecha de nacimiento dirección				
NOMBRE COMPLETO	RELACIÓN	SEGURO SOCIAL	SEXO	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO	COMPREUEBE LA CAJA APPROPRIADA	OFICINA
8.						<input type="checkbox"/> discapacitado <input type="checkbox"/> niño foster <input type="checkbox"/> custodia legal <input type="checkbox"/> ciudadano de Estados Unidos	<input type="checkbox"/> BC <input type="checkbox"/> SS <input type="checkbox"/> ID
Nombre de la madre seguro social			Nombre del padre seguro social				
Fecha de nacimiento dirección			Fecha de nacimiento dirección				
NOMBRE COMPLETO	RELACIÓN	SEGURO SOCIAL	SEXO	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO	COMPREUEBE LA CAJA APPROPRIADA	OFICINA
9.						<input type="checkbox"/> discapacitado <input type="checkbox"/> niño foster <input type="checkbox"/> custodia legal <input type="checkbox"/> ciudadano de Estados Unidos	<input type="checkbox"/> BC <input type="checkbox"/> SS <input type="checkbox"/> ID
NOMBRE DE LA MADRE SEGURO SOCIAL			Nombre de padre seguro social				
FECHA DE NACIMIENTO DIRECCIÓN			Fecha de nacimiento dirección				
NOMBRE COMPLETO	RELACIÓN	SEGURO SOCIAL	SEXO	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO	COMPREUEBE LA CAJA APPROPRIADA	OFICINA
10.						<input type="checkbox"/> discapacitado <input type="checkbox"/> niño foster <input type="checkbox"/> custodia legal <input type="checkbox"/> ciudadano de Estados Unidos	<input type="checkbox"/> BC <input type="checkbox"/> SS <input type="checkbox"/> ID
NOMBRE DE MADRE SEGURO SOCIAL			nombre de padre seguro social				
Fecha de nacimiento dirección			Fecha de nacimiento dirección				

Estudiantes de Tiempo Completo

Lista a todas los estudiantes, incluyendo a niños (as), que van a vivir en el hogar cuando usted recibe asistencia de una vivienda.

NOMBRE COMPLETO	NOMBRE DE ESCUELA	DIRECCIÓN DE ESCUELA	NUMERO DE TELEFONO DE ESCUELA	GRADO/CURSO DE ESTUDIOS	USO DE OFICINA
1.					<input type="checkbox"/> BC <input type="checkbox"/> SS <input type="checkbox"/> ID
2.					<input type="checkbox"/> BC <input type="checkbox"/> SS <input type="checkbox"/> ID
3.					<input type="checkbox"/> BC <input type="checkbox"/> SS <input type="checkbox"/> ID
4.					<input type="checkbox"/> BC <input type="checkbox"/> SS <input type="checkbox"/> ID

Utilice otra hoja del papel para listar a estudiantes adicionales.

Información de Ingresos:

Información de Empleo: Enumere todo el empleo completo y/o de medio tiempo para todos los miembros de la casa (que incluye emplea de uno mismo, cuidado de niño, reservas militares)

MIEMBRO DE FAMILIA	NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL PATRÓN	TITULO DE TRABAJO	NÚMERO DE TELÉFONO DEL PATRÓN	PAGA DEL SUELDO	POR HORAR / POR SEMANA	USO DE OFICINA
				\$		
				\$		
				\$		

OTROS INGRESOS:

Cualquier persona, incluyendo a niños que reciban o espera recibir un dinero de fuente enumerada abajo? Compruebe "sí" o "no" para cada artículo. Si sí, marca quién y la cantidad que recibían mensual.

TIPO DE INGRESOS	SI NO	NOMBRE Y DIRECCIÓN DE LA FUENTE	CANTIDAD MENSUAL	USO DE OFICINA
Estampillas de Comida	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		\$	
TANF	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		\$	
Asistencia General	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		\$	
Seguro Social	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		\$	
SSI	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		\$	
Pensión (retiro)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Tipo de Pensión:	\$	
Compensación de los Trabajadores	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		\$	

OTROS INGRESOS CONTINUOS:				
Compensación de Desempleó	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			\$
Compensación de Invalidez	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			\$
Sostenimiento de Niño	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Pagador:	# de Orden de Corte:	\$
		Estado:		
Sostenimiento de Niño	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Pagador:	# de Orden de Corte:	\$
		Estado:		
Sostenimiento de Niño	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Pagador:	# de Orden de Corte:	\$
		Estado:		
Propiedad de Alquiler	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			\$
Manutención Conyugal / Pensión	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Pagador:	# de Orden de Corte:	\$
		Estado:		
Becas	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			\$
Subvenciones Escolares	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			\$
Estudio de Trabajo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			\$
Alimentos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			\$
Cuidado de Los Niños	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			\$
Asistente de Cuidado	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			\$
Ingresos de Propiedades de Alquiler.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			\$
Reserva de Fuerzas Armadas	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			\$
Ayuda Económica de Familia o Amigos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			\$
Otros Ingresos:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			\$

Fuentes de Otro Ingresos:					
Lista a todas las Cuentas Bancarias en una lista (ahorros y cheques), reservas, obligaciones, valores, CD, partes de cooperativa de crédito, IRA o Proyectos de Keogh, Obligaciones de Ahorros, o cualquier posesión guardada para objetivos de inversión, etc.					
MIEMBRO DE FAMILIA	NOMBRE Y DIRECCIÓN (BANCO, AGENTE DE BOLSA)	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE CUENTA	VALOR/BALANCE	USO DE OFICINA
		<input type="checkbox"/> Cheques <input type="checkbox"/> Ahorros <input type="checkbox"/> Otro		\$	
		<input type="checkbox"/> Cheques <input type="checkbox"/> Ahorros <input type="checkbox"/> Otro		\$	
		<input type="checkbox"/> Cheques <input type="checkbox"/> Ahorros <input type="checkbox"/> Otro		\$	

Bienes Raíces:

Proporcione la información para cualesquier bienes (tierra y/o construyendo) que usted actualmente posee.

MIEMBRO DE FAMILIA	COMPLETA LA DIRECCIÓN DE PROPIEDAD	Valor Valorado	BALANCE DE LA HIPOTECA	Sostenedor de Hipoteca

Nombre y dirección del sostenedor de hipoteca:

DESPOSEIMIENTO DE ACTIVOS:

¿Durante los últimos dos (2) años, cualquier miembro de la casa ha dispuesto, transferido o dado de otra manera lejos activos?

SI NO

Fueron dados por menos del valor merecieron? SI NO

Si usted contestó sí, a cualquier pregunta termine por favor el siguiente:

DESCRIPCIÓN DEL ACTIVO	valor de efectivo *	CANTIDAD RECIBIDO	FECHA ELIMINADA
	\$	\$	
	\$	\$	

*El Valor de Efectivo es el valor comercial del activo menos los costes razonables incurridos en la venta o convertir de un activo al efectivo. Tales costes razonables incluyen: Las penas para retirar fondos antes de madurez, los honorarios de Broker/legal para la venta o la conversión de activos, establecimiento cuestan para las transacciones de las propiedades inmobiliarias.

Información de Gastos:

GASTOS DE CUIDADO DE NIÑOS: Solamente lista los gastos para la edad 12 de los niños y más joven, que permiten a otro miembro de la casa trabajar o atender a la escuela. **Solamente esos costos que usted pague fuera del bolsillo.**

NOMBRE Y DIRECCIÓN COMPLETA DE GUARDERIA	CANTIDAD POR HORA	HORAS POR SEMANA	USO DE OFICINA
	\$		
	\$		
	\$		
Razón por gastos de asistente de cuidado			

GASTOS MEDICAS:

Complete esta sección si **la cabeza de la casa o pareja es mayor de 62 años y es discapacitado o minusválido**. Ponga en una lista sólo gastos que usted paga del bolsillo. Incluya seguro médico, prescripciones, doctores, dentistas, gafas, audífonos y cuentas médicas excepcionales.

MIEMBRO DE FAMILIA	EL NOMBRE Y DIRECCIÓN (A QUIEN USTED PAGA)	NUMERO DE PRESCRIPCIÓN NUMERO DE SEGURO	CANTIDAD	CONQUE FRECUENCIA	USO DE OFICINA
			\$		
			\$		

MINUSVÁLIDO/ASISTENTE GASTOS DEL CUIDADO: Lista sólo los gastos que no permiten a un miembro de familia (incluso el miembro de familia de minusválido) trabajar.

NUMERO Y DIRECCIÓN COMPLETA DE DONANTE DE CUIDADO	CANTIDAD	CONQUE FRECUENCIA	USO DE OFICINA
	\$		
	\$		

APARATO AUXILIAR PERMITIENDO A UNA PERSONA PERJUDICADA TRABAJAR: Ponga en una lista sólo aquellos gastos, como sillas de ruedas, rampas o equipo especial para el ciego, que permitiría al discapacitado trabajar.

APARATOS	NOMBRE Y DIRECCIÓN DONDE LO COMPRO	¿CUÁNTO COSTÓ?	USO DE OFICINA
		\$	

Referencias Del Propietario

Lista tres (3) de sus propietarios más recientes y proporciona su dirección completa del correo.

NOMBRE	DIRECCIÓN COMPLETA	DIRECCIÓN COMPLETA DE PROPIETARIO	TELEFONO	CANTIDAD DE RENTA	FECHAS QUE VIVIÓ ALLÍ DE: A:
El Propietario Actual:					
Propietario Anterior:					
Propietario Anterior:					

Información Del Vehículo:

Lista la información siguiente para cada vehículo de la casa.

MARCA	MODELO	ANO	COLOR	NUMERO DE PLACAS	ESTADO



Certificación de Applicable de la Ciudad de Chandler

Yo/Nosotros certifican que la información dada a la Ciudad de Autoridades de Alojamiento de Velero en composición de casa, ingresos, gana neto activas de familia y concesiones y deducciones es exacto y completo al mejor de mi/nuestro conocimiento y creencia.

Yo/nosotros entiendo que las declaraciones falsas o la información son castigable conforme a la ley Federal. Y también entiendo que las declaraciones falsas o la información son tierras para la terminación de alojar la ayuda y la terminación del arrendamiento.

¡Advertencia! EL TÍTULO 18, LA SECCIÓN 1001 DEL CÓDIGO DE LOS ESTADOS UNIDOS, DECLARA QUE UNA PERSONA ES CULPABLE DE UN CRIMEN PARA LA A SABIENDAS Y CON MUCHO GUSTO FABRICACIÓN DE DECLARACIONES FALSAS O FRAUDULENTAS A CUALQUIER DEPARTAMENTO O AGENCIA DE LOS ESTADOS UNIDOS.

Juro realmente por este medio y certifico que toda la información encima sobre mi casa y mí es verdadera y correcta. También entiendo que todos los cambios de miembros de casa o ingresos deben ser relatados a la Ciudad de Autoridades de Alojamiento de Velero **ESCRITO DENTRO DE DIEZ DÍAS** y esto sólo la gente puesta en una lista en esta declaración, cuando aprobado por la Agencia de Alojamiento puede residir en la unidad subvencionada.

Declaro bajo la pena del perjurio conforme a las leyes de los Estados Unidos de América y el Estado de Arizona que la información contenida en esta declaración de hechos es verdadera, correcta y completa.

Firma de Cabeza de Casa Fecha

Firma de Cabeza de Casa Fecha

Firma de otro adulto Fecha

Firma de otro adulto Fecha

NOTA: Si una persona además del candidato/participante completa esta forma, por favor firme y complete la información representativa.

Nombre	Firma de representante	Fecha
Dirección, ciudad, estado, código postal	Numero de teléfono	Relación de Applicable /Participante
Relación de Applicable /Participante		

Return to:
City of Chandler Housing and Redevelopment Division
 www.chandleraz.gov
 Ph. 480-782-3200 ♦ Fax 480-782-3220

Mailing Address:
 Mail Stop 101, PO Box 4008
 Chandler, AZ 85244-4008

Office Location:
 235 S. Arizona Avenue
 Chandler, AZ 85225

Supplemental and Optional Contact Information for HUD-Assisted Housing Applicants

SUPPLEMENT TO APPLICATION FOR FEDERALLY ASSISTED HOUSING

This form is to be provided to each applicant for federally assisted housing

Instructions: Optional Contact Person or Organization: You have the right by law to include as part of your application for housing, the name, address, telephone number, and other relevant information of a family member, friend, or social, health, advocacy, or other organization. This contact information is for the purpose of identifying a person or organization that may be able to help in resolving any issues that may arise during your tenancy or to assist in providing any special care or services you may require. **You may update, remove, or change the information you provide on this form at any time.** You are not required to provide this contact information, but if you choose to do so, please include the relevant information on this form.

Applicant Name:	
Mailing Address:	
Telephone No:	Cell Phone No:
Name of Additional Contact Person or Organization:	
Address:	
Telephone No:	Cell Phone No:
E-Mail Address (if applicable):	
Relationship to Applicant:	
Reason for Contact: (Check all that apply)	
<input type="checkbox"/> Emergency	<input type="checkbox"/> Assist with Recertification Process
<input type="checkbox"/> Unable to contact you	<input type="checkbox"/> Change in lease terms
<input type="checkbox"/> Termination of rental assistance	<input type="checkbox"/> Change in house rules
<input type="checkbox"/> Eviction from unit	<input type="checkbox"/> Other: _____
<input type="checkbox"/> Late payment of rent	
Commitment of Housing Authority or Owner: If you are approved for housing, this information will be kept as part of your tenant file. If issues arise during your tenancy or if you require any services or special care, we may contact the person or organization you listed to assist in resolving the issues or in providing any services or special care to you.	
Confidentiality Statement: The information provided on this form is confidential and will not be disclosed to anyone except as permitted by the applicant or applicable law.	
Legal Notification: Section 644 of the Housing and Community Development Act of 1992 (Public Law 102-550, approved October 28, 1992) requires each applicant for federally assisted housing to be offered the option of providing information regarding an additional contact person or organization. By accepting the applicant's application, the housing provider agrees to comply with the non-discrimination and equal opportunity requirements of 24 CFR section 5.105, including the prohibitions on discrimination in admission to or participation in federally assisted housing programs on the basis of race, color, religion, national origin, sex, disability, and familial status under the Fair Housing Act, and the prohibition on age discrimination under the Age Discrimination Act of 1975.	

Check this box if you choose not to provide the contact information.

Signature of Applicant	Date

The information collection requirements contained in this form were submitted to the Office of Management and Budget (OMB) under the Paperwork Reduction Act of 1995 (44 U.S.C. 3501-3520). The public reporting burden is estimated at 15 minutes per response, including the time for reviewing instructions, searching existing data sources, gathering and maintaining the data needed, and completing and reviewing the collection of information. Section 644 of the Housing and Community Development Act of 1992 (42 U.S.C. 13604) imposed on HUD the obligation to require housing providers participating in HUD's assisted housing programs to provide any individual or family applying for occupancy in HUD-assisted housing with the option to include in the application for occupancy the name, address, telephone number, and other relevant information of a family member, friend, or person associated with a social, health, advocacy, or similar organization. The objective of providing such information is to facilitate contact by the housing provider with the person or organization identified by the tenant to assist in providing any delivery of services or special care to the tenant and assist with resolving any tenancy issues arising during the tenancy of such tenant. This supplemental application information is to be maintained by the housing provider and maintained as confidential information. Providing the information is basic to the operations of the HUD Assisted-Housing Program and is voluntary. It supports statutory requirements and program and management controls that prevent fraud, waste and mismanagement. In accordance with the Paperwork Reduction Act, an agency may not conduct or sponsor, and a person is not required to respond to, a collection of information, unless the collection displays a currently valid OMB control number.

Privacy Statement: Public Law 102-550, authorizes the Department of Housing and Urban Development (HUD) to collect all the information (except the Social Security Number (SSN)) which will be used by HUD to protect disbursement data from fraudulent actions.



AUTHORIZATION FOR THE RELEASE OF INFORMATION

I, _____ hereby give my permission to the City of Chandler Housing and Redevelopment Division to obtain independent information about me and my family for the purpose of determining eligibility, the appropriate level of housing benefits and suitability under the United States Housing and Urban Development's assisted housing programs. Specifically, I authorize release of information from:

- Banks and Other Financial Institutions
- Credit Bureaus
- Courts
- Current and Former Employers
- Current and Former Landlords
- Drug and/or Alcohol Treatment Facilities (limited to facility which has reasonable cause to believe applicant is currently engaged in illegal use of controlled substance)
- Family Composition
- Federal, State, Tribal or Local Benefit Agencies Welfare and other Social Service Agencies
- Identity and Marital Status
- Medical Providers
- The National Crime Information Center, Police Departments, and other law enforcement agencies
- Providers of: Alimony, Childcare, Child Support, Disability Assistance and Medical Care
- Schools and Colleges
- U.S. Social Security Administration
- U.S. Department of Veteran Affairs
- Utility Companies
- Other: _____

I agree that the City of Chandler Housing and Redevelopment Division may use photocopies of this authorization to accompany its requests for information. I understand that City of Chandler Housing and Redevelopment Division is soliciting documents to verify eligibility, level of benefits and suitability under HUD's assisted housing programs, including sources of income and assets, wages and unemployment claims, tax return information, identification and composition of household, housing history. The City of Chandler Housing and Redevelopment Division acknowledges the responsibility to the extent provided by law to protect information it receives in determining the applicant's /participant's eligibility for housing assistance. This form is valid for twelve (12) months from the date of applicant's/participant's signature.

Signature of Applicant or Participant	Date	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> - <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> - <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> Social Security Number
Signature of Other Family Member over the age of 18	Date	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> - <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> - <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> Social Security Number
Signature of Other Family Member over the age of 18	Date	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> - <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> - <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> Social Security Number
Signature of Other Family Member over the age of 18	Date	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> - <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> - <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> Social Security Number

Mailing Address:
Mail Stop 101, PO Box 4008
Chandler, AZ 85244-4008

City of Chandler Housing and Redevelopment Division
<http://affordablehousing.chandleraz.gov>
 Ph.(480)782-3200•Fax (480)-782-3220

Office Location:
235 S. Arizona Avenue
Chandler, AZ 85225